



Hélas..
Vous n'êtes pas entièrement satisfait(e) ?

FORMULAIRE DE RETOUR

FACTURE NUMÉRO _____

DATE _____

VOS COORDONNÉES

NOM _____

RUE + NO _____

CODE POSTAL _____

VILLE _____

TÉLÉPHONE _____

EMAIL _____

ARTICLES RETOURNÉS

DESCRIPTION

QUANTITÉ

_____	_____
_____	_____
_____	_____

MOTIF DU RETOUR

ADRESSE RETOUR

Waxoyl Benelux
Tuinschouw 10
4131 MD Vianen
Pays Bas